

Ombudsman

La Médiatrice du
Grand-Duché de
Luxembourg

Service du contrôle
externe des lieux
privatifs de liberté

R
A
P
P
O
R
T

**L'hospitalisation
sans leur consentement
de personnes atteintes de
troubles mentaux**
Commentaires et réactions

Remarque introductive :

Les commentaires de la Médiateure sont insérés en gras. Les remarques et corrections purement matérielles ont été intégrées au rapport.

1. Prise de position du Ministre de la Santé :

Page 8 (recommandation n°1):

Les règlements grand-ducaux prévus aux articles 5 (normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation des services de psychiatrie) et 9 (modèle de certificat médical d'admission) de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux n'ont effectivement pas encore été adoptés.

Je voudrais vous informer que, suite à l'adoption du projet de règlement grand-ducal régissant le nouveau plan hospitalier, mes services procéderont à l'élaboration de dispositions réglementaires qui auraient pour objectif de fixer des normes d'activités, organisationnelles et fonctionnelles applicables à tous les services hospitaliers mentionnés dans le futur plan hospitalier. Dans ce cadre, une réflexion sera également engagée en ce qui concerne les normes applicables aux services psychiatriques visés dans votre recommandation.

La Médiateure s'en félicite et demande à être tenue informée des suites réservées à sa recommandation.

Page 11 (recommandation n°5):

Votre recommandation relative aux voies et délais de recours fera l'objet d'un examen approfondi lors d'une prochaine modification de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.

La Médiateure s'en félicite.

Page 64 (recommandations nos 114 et 115):

Vous estimez dans votre recommandation que les unités psychiatriques des établissements hospitaliers ne doivent en aucun cas servir d'unité de secours en cas de manque de structures plus adaptées à la prise en charge de personnes démentes.

Je partage vos réflexions à ce sujet.

En ce qui concerne la prise en charge adéquate de personnes démentes, je voudrais vous informer que mes services ont été associés étroitement à ceux du service du ministère de la Famille afin d'élaborer un rapport en vue de l'établissement d'un plan d'action national «maladies démentiels», rapport qui aura notamment trait aux méthodes de diagnostics

de la démence, à une meilleure prise en charge institutionnelle ou à domicile des personnes atteintes de démence ainsi qu'aux questions éthiques et juridiques liées à l'état de démence.

Ce rapport sera prochainement soumis au Conseil de Gouvernement.

Cette observation n'appelle pas de remarques particulières de la Médiateure qui salue cette prise de position.

Page 65 (recommandation n°116) et page 87 (recommandation n°144):

Vous recommandez également la mise en place de structures thérapeutiques offrant une prise en charge de réhabilitation psychiatrique à long terme (sur plusieurs mois ou plusieurs années). Le plan stratégique du CHNP, qui fera l'objet d'un examen approfondi par mes services, envisage la création d'une telle structure et, selon les informations dont je dispose, certains membres de la direction du CHNP ont déjà visité de telles structures à l'étranger, et notamment en Belgique.

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan hospitalier des réflexions sont également menées en qui concerne l'hospitalisation à moyen et à long terme des personnes atteintes de troubles psychiatriques en vue de leur garantir une prise en charge adéquate.

La Médiateure s'en félicite et demande que les documents en question lui soient communiqués pour avis dès leur élaboration et en tout cas avant leur finalisation.

Page 67 (recommandation n°119):

Votre recommandation mentionne *«qu'il n'est pas juste de faire supporter l'intégralité des frais d'une hospitalisation involontaire aux personnes non affiliées, même dans les cas où celles-ci disposeraient des moyens financiers nécessaires, ceci d'autant plus que les actes posés sont facturés à un tarif plus cher pour les personnes non affiliées.»*

Tout d'abord, je ne vois pas l'hypothèse dans laquelle des actes médicaux seraient facturés à un tarif plus cher à une personne non affiliée qu'à une personne affiliée.

Par ailleurs, selon l'article 2 du Code des assurances sociales, chaque personne résidant au Luxembourg a la possibilité de s'affilier volontairement à l'assurance maladie au cas où elle n'y est pas affiliée à un autre titre.

Par ailleurs, la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale prévoit qu'à droit à l'aide, toute personne séjournant au Grand-Duché de Luxembourg conformément à la législation en vigueur. L'article 7 de la même loi indique que *«si la personne dans le besoin n'est pas assurée autrement, l'office social prend en charge les risques de maladie, d'un handicap ou de sénescence, y compris l'aide médicale et l'hospitalisation.»*

Votre recommandation fera néanmoins l'objet d'un examen plus approfondi afin de comparer la prise en charge des frais liés à une hospitalisation involontaire de personnes non affiliées avec le système de prise en charge de tels frais au profit de détenus.

La Médiateure ne fait que refléter les informations reçues par les services sociaux de certains hôpitaux concernés. Il semble en effet que les tarifs appliqués pour des patients non couverts par une assurance sociale peuvent différer de ceux de la nomenclature arrêtée avec la CNS.

Pages 67-68 (recommandations nos 120 et 121):

Les contraintes liées aux normes HACCP pour les ateliers de cuisine thérapeutique que vous évoquez à cet endroit feront l'objet d'un examen plus approfondi de la part du service de la sécurité alimentaire de la Direction de la Santé.

La Médiateure se fait l'interprète, notamment des ergothérapeutes concernés dans un premier chef par cette recommandation. La Médiateure souligne l'importance capitale et la portée thérapeutique de cette activité. Elle recommande dès lors aux autorités concernées de prévoir, si nécessaire, les dérogations qui s'imposent.

Pages 94-95 (recommandation n°147):

Le choix de mettre en place la méthodologie du PRN dans le milieu hospitalier luxembourgeois et de l'appliquer également dans le domaine de la psychiatrie a déjà fait l'objet d'un certain nombre d'explications de ma part dans des réponses à plusieurs questions parlementaires (nos 821, 1148 et 2418) dont je me permets de vous joindre une copie en annexe.

J'espère que vous y trouverez toutes les informations voulues.

Cette observation n'appelle pas de commentaires particuliers de la Médiateure.

Page 97 (recommandation n°148):

Votre recommandation fera l'objet d'un examen approfondi de la part des services compétents de la Direction de la Santé ainsi que du ministère de la Sécurité sociale.

Pour des raisons évidentes, la Médiateure insiste qu'une solution soit trouvée au problème décrit.

Page 110 (recommandation n°154) :

Je voudrais vous informer que je vais demander au représentant de mon ministère qui participe au groupe de travail conjoint entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé relatif à la mise en place d'un service de santé au CPL d'y discuter votre recommandation afin de trouver une solution adéquate en ce qui concerne la désignation d'un chargé de direction au sein du CPL afin de pouvoir administrer un traitement médicamenteux psychiatrique involontaire à un détenu malade.

La Médiateure a déjà détaillé sa position quant à ce sujet à maintes reprises dans différents rapports. Elle se félicite que des efforts en vue de trouver une solution satisfaisante soient menés.

En ce qui concerne vos conclusions finales, mise à part mes observations déjà faites ci-avant, je voudrais encore ajouter que, selon les informations dont je dispose, au BU 5 du CHNP quinze lits supplémentaires ont été récemment mis à disposition pour prendre en charge des patients forensiques qui sont moins dangereux.

Par ailleurs, deux agents de sécurité supplémentaires auraient été engagés afin de décharger le personnel soignant de certaines tâches de surveillance.

La Médiateure s'en félicite.

2. Prise de position du Centre Hospitalier de Luxembourg

Les corrections purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Page 14 (10)

La faisabilité de faire installer un dispositif de sécurité aux fenêtres pour permettre une ouverture minimale va être étudiée.

La Médiateure s'en félicite.

Page 16 (15)

La prise en charge des patients est individualisée. Il y a un staff pluridisciplinaire une fois par semaine pour les patients dans l'unité **intensive** et les interventions thérapeutiques sont adaptées selon l'état de santé du patient.

La Médiateure estime qu'il s'agit ici d'un problème d'interprétation de ses dires. Elle n'a pas contesté l'absence de multidisciplinarité, concrétisée par la convocation d'un staff à un rythme hebdomadaire. Elle estime néanmoins que l'adaptation *ad hoc* des thérapies à l'état de santé momentané d'un patient ne saurait à elle seule être constitutive d'un véritable traitement individualisé, comportant nécessairement une approche à plus long terme et intégrant l'ensemble des facteurs déterminants.

Page 17, 2^e paragraphe

La taille de la salle ne semble pas poser de problème pour accueillir les patients à l'unité fermée, car tous les patients du service ne participent pas en même temps aux activités proposées.

Cette affirmation est contraire aux dires des membres du personnel avec lesquels l'équipe de contrôle s'est entretenue. L'équipe de contrôle constate par ailleurs que la surface à disposition est nettement plus réduite que dans les autres services psychiatriques à vocation identique visités.

Page 18, 4^e paragraphe

Pas seulement les psychologues, mais l'équipe complète du service de psychiatrie du CHL (infirmières, aides-soignantes, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins seniors et assistants) participent depuis plus de dix ans à une supervision externe régulière.

**Cette information n'avait pas été mise à la disposition de l'équipe de contrôle.
La Médiateure se réjouit de cette pratique.**

Page 18, 5^e paragraphe

A noter cependant que tous les psychiatres seniors ont des formations complémentaires en psychothérapie et participent tous à des interventions ou supervisions individuelles à côté de la supervision d'équipe. En ce qui concerne l'activité des psychologues, le service a pris l'option - vu les ressources psychologiques limitées- de privilégier des interventions ciblées et continues dans le courant de la prise en charge pour des patients où ces interventions paraissent utiles.

La Médiateure maintient le contenu de sa recommandation (17).

Page 18 (17)

Puisque l'équipe thérapeutique travaille ensemble autour du projet thérapeutique du patient, les interventions de chaque corps de métiers se font après mise en commun des informations recueillies et selon les décisions prises lors des staffs multidisciplinaires. Au moins 4.5h/semaine sont consacrées à des réunions multidisciplinaires.

La Médiateure renvoie à son observation faite pour le paragraphe précédent.

Page 19 (avant-dernier paragraphe et (18))

Les staffs pluridisciplinaires (petit staff journalier, grand staff hebdomadaire) sont notamment conçus pour partager les observations et constats faits par tous les membres du personnel et pour élaborer régulièrement l'adaptation du plan thérapeutique individuel du patient. Il va de soi que tout un chacun s'enrichit des observations et des constats faits par d'autres membres du personnel. Il reste à constater, que les médecins assument la responsabilité finale pour toutes les décisions importantes concernant les patients (p.ex médication, risque de fugue, contention, levée de la mise en observation,..) et qu'il n'est jamais possible de trouver un compromis qui satisfait tout le monde.

La Médiateure ne remet pas en cause la responsabilité finale des médecins en la matière. Pour le surplus, elle entend maintenir ses observations faites quant à l'utilité d'une approche multidisciplinaire efficiente.

Page 20, 5^e paragraphe

Certains patients ne peuvent pas participer aux offres en dehors de l'unité, car leur état de santé et le risque de fugue ne le permettent pas. Pour cette raison, les activités sont proposées à l'unité fermée. Il y a des activités proposées par le personnel infirmier, par l'ergothérapeute et des entretiens avec un psychologue, le cas échéant.

La Médiateure n'a pas affirmé qu'il n'y ait aucune offre thérapeutique à l'intérieur de l'unité fermée. Cependant il y a lieu de relever que des activités telles que la gymnastique et la cuisine thérapeutique ne sont pas à la disposition de ce type de patients.

Le problème est nettement plus grave en ce qui concerne l'accès à l'air libre. Il s'agit là d'un droit élémentaire qui doit rester acquis à toute personne privée de liberté quelles qu'en soient les raisons.

Page 20 (20)

De notre point de vue, une remarque générale s'impose par rapport aux sorties et au risque de fugues y associé. Nous pouvons partager la recommandation de la médiateure que chaque personne doit pouvoir sortir à l'air libre au moins une fois 30 ' par jour. S'il agit alors d'un droit du patient, il n'y a aucune raison que ce droit soit soumis à l'autorisation du médecin traitant, tel que c'est le cas actuellement. Il faut alors disposer de ressources nécessaires pour rendre ce droit possible. Des éventuels problèmes liés à l'exercice de ce droit (p.ex fugue) ne relèveraient alors pas de la responsabilité du médecin.

La Médiateure comprend l'argumentaire du CHL et elle peut le partager. Néanmoins, il lui semble prudent de toujours solliciter l'avis purement médical d'un médecin-psychiatre avant toute décision de sortie, ceci du simple fait qu'il s'agit de personnes malades et que toute sortie est susceptible d'avoir également des conséquences sur l'état de santé du patient.

La Médiateure maintient sa recommandation formulée à l'égard des sorties.

Elle tient à renvoyer, quant aux ressources invoquées, aux travaux importants réalisés par le CHNP en la matière. Un refus de sortie d'un patient à haut potentiel de danger ou à haut risque de fugue ne saurait avoir lieu en raison d'un manque de moyens matériels ou d'infrastructures défailtantes, voire inadaptées.

Une infrastructure hospitalière qui accueille ce type de patients doit recevoir les moyens nécessaires pour les traiter d'une manière adaptée.

Tout comme elle l'a fait pour le CHNP, la Médiateure est disposée à offrir tout son appui au CHL afin que les infrastructures et les autres moyens nécessaires soient mis à la disposition du service de psychiatrie intensive du CHL.

Page 21, 4^e paragraphe

Le patient peut profiter des séances de kinésithérapie individuelles dans le service.

Cette affirmation ne correspond pas aux dépositions recueillies par l'équipe de contrôle.

Si une offre thérapeutique en kinésithérapie est mise à la disposition des patients à l'intérieur de l'unité fermée, la Médiateure s'en félicite.

Page 20 (20)

Tous les patients qui ne présentent pas un risque de fugue mettant en danger le patient lui-même ou autrui, ont la possibilité de sortir à l'air libre au moins 30 minutes/jour.

Il est vrai qu'un nombre restreint de patient ne peut pas profiter de sorties après trois jours. Ceci est toujours lié à l'évaluation du risque de fugue avec des conséquences potentiellement graves pour le patient lui-même ou pour autrui. Nous sommes très intéressés à pouvoir mener des discussions concernant ce point avec des autorités compétentes (Direction de l'hôpital, juge, procureur, police,..) pour trouver une solution respectant les droits et la sécurité du patient et en même temps la sécurité de la société et de l'équipe.

La Médiateure réitère ses propos et son offre faits plus haut.

Page 22, avant-dernier paragraphe

Il faut préciser que les patients peuvent avoir un téléphone en chambre (appel sortant payant, appel entrant gratuit) et que ceux qui n'ont pas d'argent ou nécessitent une surveillance des coups de téléphone pour des raisons thérapeutiques (patient dépendant aux drogues ou à l'alcool, patient maniaque,..) peuvent téléphoner deux fois par jour du bureau des infirmières.

La Médiateure s'en félicite.

Page 24, 1^{er} paragraphe

Il arrive très rarement qu'un patient soit fixé en présence d'un autre patient. Ce cas de figure se présente seulement quand les quatre chambres individuelles sont occupées et ne peuvent pas être libérées pour un patient contentonné.

La Médiateure est consciente de ce fait, elle suggère simplement dans son rapport de continuer à éviter cette pratique au maximum dans le futur.

Page 25, 6^e paragraphe

Des « fouilles » sont effectuées aussi chez les personnes qui présentent un risque d'hétéro-agressivité, mais il n'y a en aucun cas des fouilles « corporelles, intimes »

Cette remarque n'appelle pas d'observations de la part de la Médiateure.

Page 25 (32)

Nous ne sommes pas au courant d'une agression d'un membre du personnel infirmier contre un patient contentonné. Dans la mesure où nous ne disposons pas des informations nécessaires, nous demandons que la médiateure fasse une enquête approfondie sur ces accusations.

La Médiateure a fait amplement état de ses réserves et de la prudence requise devant les affirmations faites.

Il ne fait cependant aucun doute que les deux membres de l'équipe de contrôle ont été informés par un patient des allégations de violence mentionnées dans le rapport.

La Médiateure a également décrit de quelle manière traiter pareils constats. Elle souligne encore une fois qu'il ne s'agit en aucune manière d'une mise en accusation et qu'elle est convaincue de l'intégrité du personnel affecté dans les services concernés par son contrôle.

Elle tient cependant à souligner qu'il en va, à côté des considérations objectives, également des apparences, les impressions subjectives ne manquant pas d'avoir une incidence sur la réception publique de l'image de la psychiatrie fermée.

La Médiateure n'a ni les compétences, ni les moyens pour procéder à des enquêtes approfondies. Elle ne peut de même, pour des raisons de secret professionnel, divulguer aux responsables du CHL l'identité du patient en question.

Si la Médiateure ou les membres de son équipe de contrôle obtenait un jour connaissance d'allégations de violence qui seraient de nature plus récente ou entourés du moins d'un début de preuve, elle n'hésiterait pas, en application des dispositions de l'article 23(2) du code d'instruction criminelle à en saisir le Procureur d'Etat territorialement compétent.

Page 62 (112)

Nous aimerions rendre la médiateure attentive au fait que très souvent les pathologies psychiatriques et somatiques sont intimement liées (p.ex état d'intoxication aigu) de sorte que des bilans médicaux, somatiques et des examens complémentaires sont souvent nécessaires. Ces examens sont réalisés dans un meilleur délai à partir d'un service d'urgence. S'il est recommandé que les patients en observation sont tout de suite pris en charge dans les unités de psychiatrie, il existe un risque réel de passer à côté de problèmes médicaux, potentiellement graves. A partir du moment où une certaine priorité peut être accordée au patient décompensé au niveau psychiatrique, le temps de séjour dans une policlinique peut évidemment être très réduit ou strict nécessaire.

La recommandation vise avant tout les patients psychiatriques connus, admis en phase d'observation sur base de la loi de 2009.

La Médiateure fait intégralement siennes les observations du CHL quant aux patients qui se présentent volontairement au service des urgences.

Page 94, 95 (147)

Il semble important, que les patients soient pris en charge par du personnel formé en soins psychiatriques, même pour une activité qui pourrait paraître « banale » (ballades, activités sportives, accompagnement à l'extérieur,..). Le « bon sens » et les « bons conseils » ne suffisent pas pour prendre en charge des patients en souffrance psychique aiguë.

La Médiateure n'envisage pas que le personnel moins qualifié soit appelé à donner « des bons conseils » aux patients psychiatriques. L'expérience d'autres institutions à vocation similaire ou identique permet cependant de dégager qu'il est tout à fait possible de déléguer certaines tâches, sous des conditions très strictes et prédéfinies, à du personnel moins qualifié.

Page 96, 3^e paragraphe

Nous saluons l'engagement de la médiatrice pour un remboursement à 100% des neuroleptiques qui pourrait certainement aider à améliorer la compliance des patients psychotiques. Nous déplorons par contre une prise de position quant à l'indication ou contre-indication de certains médicaments, dans un rapport destiné à aborder des questions éthiques

La Médiatrice est consternée par la remarque tendant à insinuer qu'elle se prononcerait en faveur ou en défaveur de l'un ou de l'autre médicament.

La Médiatrice est consciente de ne pas avoir de compétences en matière pharmacologique ou en médecine.

Comme le traitement médical d'un patient est cependant indissociable des considérations entourant le respect des droits de l'homme de tout patient, la Médiatrice a fait appel à de nombreux spécialistes du domaine médical pour lui fournir des avis et des informations techniques.

Toutes les considérations formulées au titre du point 5.2. de son rapport et relatives à la continuation du traitement après la sortie du milieu hospitalier ont été apportées à la connaissance de la Médiatrice par des médecins-psychiatres et des pharmaciens.

L'information sur les prix des médicaments provient directement des pharmaciens responsables du Ministère de la Santé.

Les médecins-psychiatres qui ont fait état de ce problème à la Médiatrice ont également fourni les informations quant au nom commercial des produits utilisés.

Page 98 :

A noter qu'un détenu du Centre pénitentiaire de Givenich a déjà été mis en observation dans notre service. La personne a cependant rapidement pu bénéficier d'une suspension de l'exécution de sa peine.

Les policiers chargés de la surveillance du détenu n'occupaient auparavant pas une chaise dans le couloir devant la porte de la chambre du détenu, mais étaient intégrés dans le bureau infirmier, ce qui posait alors un problème de confidentialité.

La Médiatrice s'étonne quelque peu qu'un détenu du CPG ait été hospitalisé en milieu psychiatrique fermé au CHL. En effet, aux termes de l'article 7(2), alinéa 3 de la loi de 2009, son admission aurait dû se faire à l'hôpital de la région dans laquelle se trouve la personne à admettre au moment de la demande d'admission.

Pour le surplus, la Médiatrice maintient ses observations.

Pages 98 ss.

En ce qui concerne les détenus mis en observation à partir du Centre pénitentiaire de Schrassig dans notre hôpital pour raisons psychiatriques, l'hospitalisation se fait depuis environ un an dans une chambre individuelle de l'unité 53, qui est alors fermée à clé. Les

menottes systématiques exigées auparavant par les forces de l'ordre, ont heureusement pu être supprimées, notamment à la demande des psychiatres. Il reste cependant que les conditions de séjour de ces personnes, même pour quelques jours ne correspondent certainement pas à des standards de soins modernes. Nous soutenons la demande de la médiatrice de créer des infrastructures adaptées pour les personnes relevant du Centre Pénitentiaire.

La Médiatrice s'en félicite.

3. Prise de position du Centre Hospitalier Kirchberg :

Les corrections purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Je vous remercie du rapport positif concernant notre établissement, qui à notre sens reflète assez fidèlement et en général l'organisation et le fonctionnement de nos unités de psychiatrie quant à la prise en charge des patients internés.

Concernant la remarque « point 43 » à la page 32, nous tenons à préciser que la politique de notre établissement est le respect de la loi anti-tabac du 11 août 2006, qui stipule que l'accès aux fumeurs autorisés dans le service de psychiatrie est « strictement réservé aux patients hospitalisés qui en font la demande ».

La Médiatrice a formulé cette recommandation dans l'intérêt des patients avant tout. Elle n'ignore pas la législation existante en la matière. La recommandation a été formulée notamment à l'instigation de certains membres du personnel qui voyaient un intérêt thérapeutique certain dans l'ancien système.

4. Prise de position du CHEM :

Ad. 51 p. 37 :

Les infirmiers psychiatriques font partie du personnel thérapeutique, ils disposent d'une formation en entretien à visé psychothérapeutique.

Ils sont donc le pilier de l'équipe multidisciplinaire à l'unité de psychiatrie intensive.

La Médiatrice ne méconnaît pas le fait que les infirmiers et les infirmiers spécialisés psychiatrie font partie du personnel thérapeutique.

En comparant la dotation en personnel de l'unité de psychiatrie intensive du CHEM avec d'autres unités à vocation identique existantes auprès d'autres établissements hospitaliers, on constate un manque notoire en psychologues, ergothérapeutes, art-thérapeutes ou autres intervenants à vocation thérapeutique.

La Médiatrice est d'avis qu'une diversification de l'offre thérapeutique pourrait s'avérer profitable aux patients.

Ad. 54 p. 39 :

Nous allons étudier la possibilité d'étendre la superficie de la psychiatrie intensive.

La Médiateure est d'avis qu'il s'agit d'une initiative qui s'impose et désire être tenue informée des changements envisagés.

Ad. 55 p. 39 :

Le fumoir est séparé des locaux destinés à un usage commun. Il a malheureusement été fermé pour travaux de rénovation lors de votre visite.

La Médiateure a procédé à une visite des lieux en date du 20 février 2013. Le fumoir qui était effectivement fermé à cause de travaux de rénovation pendant la présence sur place de l'équipe de contrôle est à nouveau à la disposition des patients.

Ad. 57 p. 40 :

L'ergothérapeute fait des activités ergothérapeutiques en collaboration avec des infirmiers psychiatriques.

Le travail de l'ergothérapeute offre un complément nécessaire par rapport au travail thérapeutique de l'équipe multidisciplinaire.

La Médiateure partage intégralement l'opinion émise par le CHEM. Le seul but de sa recommandation était de mettre des infrastructures adéquates à l'exercice de leur profession à la disposition des ergothérapeutes.

Ad. 59 p. 41 :

Nous favorisons les activités de dépense d'énergie de façon structurée mais nous voulons éviter toute activité qui renvoie trop à des actes agressifs. Un punching-ball nous paraît dans cette philosophie-là contre-indiqué.

La Médiateure rappelle l'expérience positive faite en la matière par le service de psychiatrie fermé du CHL.

Ad. 63 p. 42 :

Le CHEM mène en parallèle différentes enquêtes concernant la satisfaction des patients. Il y a d'un côté le projet institutionnel « Entretien de sortie » qui permet de faire le bilan avec le patient de sa satisfaction concernant son séjour par rapport à ses attentes à l'entrée.

Le CHEM participe de même à une enquête nationale de satisfaction réalisée ensemble avec les autres services de psychiatrie.

Cette enquête est réalisée une fois par an chez des patients hospitalisés au-delà de 5 jours.

L'équipe infirmières de psychiatrie évalue quotidiennement, ensemble avec le patient, le déroulement de son séjour.

La Médiateure s'en félicite.

Ad. 64 p. 43 :

Tous les patients peuvent participer à toute l'offre thérapeutique du service. Nous sommes bien conscients qu'un agrandissement de la surface du service éviterait pour les patients des déplacements et permettrait de faire profiter les patients de certaines activités avec moins de moyens de surveillance.

Selon les informations reçues sur place par l'équipe de contrôle, il ne serait pas permis à tous les patients de participer à l'ensemble de l'offre thérapeutique en raison du potentiel danger de fuite émanant du patient.

Si cette information ne correspondait pas à la réalité, la Médiateure s'en féliciterait.

Ad. 67, p. 44 :

Des réunions pluridisciplinaires ont lieu au service de psychiatrie intensive. L'équipe multidisciplinaire rencontre de même tous les vendredis le Dr CEUSTERS, chargé de Direction de « réseau psy », a.s.b.l. qui prend en charge les patients psychotiques à leur sortie de l'hôpital et rencontre le jeudi les membres du service parentalité de cette même a.s.b.l. qui s'occupe de la problématique touchant le rôle parental de nos patients.

La Médiateure suggère que des réunions pluridisciplinaires aient lieu à titre régulier et ceci pour tout type de patient.

Si elle félicite l'équipe pour les efforts décrits au profit des patients psychotiques, elle souhaiterait que pareilles initiatives, à laquelle participeraient tous les intervenants internes, soient prises également à l'attention des autres patients.

Ad. 71 p. 46 :

Les heures de visite de l'unité de psychiatrie intensive sont en principe autorisées pendant les heures d'ouverture de l'établissement. La charte est affichée devant le service. *Voir annexe 2.*

Au moment de votre visite les heures de visites étaient de 15h à 18h30.

La Charte affichée devant le service ne renseigne pas sur les heures de visite. Lors de la visite des lieux du 20 février 2013, le responsable du service a cependant confirmé que l'équipe soignante fait preuve de la plus grande flexibilité en ce qui concerne la possibilité d'une visite. Si pour des raisons personnelles ou professionnelles, un visiteur ne peut pas se rendre au service pendant les heures d'ouverture normales, un arrangement pour une visite en dehors de l'horaire officiel est toujours recherché.

La Médiateure s'en réjouit.

Ad. 72 p. 46 :

Le volet psycho-éducatif concernant les médicaments administrés et leurs effets secondaires sont une partie importante du rôle infirmier.

La Médiateure partage cette opinion et insiste de ce fait qu'une attention toute particulière y soit attachée.

Ad. 74, p.47 :

Les chiffres dans le rapport sont faux.

L'unité de psychiatrie intensive a accueillie sur le période du 01.08.2011 au 31.07.2012 :

- 245 patients mis en observation et 283 admissions volontaires.

Nous avons recensé pour la période 454 évènements de contention dont :

- 217 contentions pour troubles du comportement concernaient 49 patients
- 237 contentions pour risque de chute concernaient 36 patients différents.

Nous essayons actuellement du nouveau matériel essentiellement pour la protection des personnes âgées à risque de chute.

La Médiateure s'étonne de l'affirmation selon laquelle les chiffres avancés seraient faux, alors qu'elle s'est basée sur les chiffres qui lui furent communiqués par courrier de Monsieur le Directeur Général Nathan en date du 13 août 2012.

La Médiateure pense qu'il y a pu y avoir un malentendu au niveau de la formulation du prédit courrier qui renseigne sous la rubrique « contentions » un nombre de 108 Patients et un nombre de 456 évènements. Elle est partie, fort probablement de manière erronée, du constat qu'un nombre total de 108 patients a fait l'objet d'un placement.

Le courrier du Dr. Nathan renseigne en revanche un nombre de mises en observations de 199 patients, ce qui paraît étonnant alors que le commentaire introduit par la même institution renseigne sur un nombre total de 245 patients mis en observation.

Il est nécessaire de clarifier cette situation et il est demandé de soumettre à la Médiateure des chiffres fiables sur les patients placés en psychiatrie.

Ad. 75-84 p. 47-50 :

Nous estimons que notre équipe thérapeutique se compose de gens hautement professionnels, bien formés et intègres.

Nous regrettons qu'on puisse croire que les mesures de contention soient utilisées à des fins punitives.

Nous nous permettons de vous ajouter en annexe tous les travaux de réflexion de l'équipe concernant la contention. (*voir annexe 1*)

Nous vous ajoutons de même nos statistiques concernant la contention.

La Médiateure ne fait que relater les dires des patients qui ont fait état de leurs problèmes à l'équipe de contrôle. Elle ne dispose d'aucun moyen de les vérifier et a de ce fait l'habitude de recourir à ces informations avec toute la circonspection requise.

Si cependant, l'équipe de contrôle recueille des dépositions assez similaires et convergentes par un nombre significatif de patients, elle se sent obligée d'en faire mention.

Une telle mention n'est pas une accusation ou une mise en doute des qualifications professionnelles d'une partie du personnel.

Il s'agit tout simplement d'une information importante à l'attention des responsables qui devrait les inciter à surveiller de plus près la procédure mise en cause.

Si la Médiateure obtenait des informations confirmées et vérifiables à cet égard, il serait de son devoir et de son obligation légale de continuer une telle information aux instances judiciaires compétentes.

Par ailleurs, la Médiateure tient à souligner qu'elle n'a pas obtenu communication des données statistiques relatives à la contention mentionnées dans les commentaires du CHEM.

5. Prise de position du CHdN :

Les remarques purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Commentaire alinéa 6, page 53 :

Nous regrettons ce cas très exceptionnel et nous tenons à préciser qu'il s'agissait d'un patient présentant une désinhibition sexuelle grave. Dans ce contexte la question du maintien en hôpital général d'un « délinquant sexuel majeur » se pose comme on ne pourra éviter qu'il y ait forcément un contact avec d'autres patients mineurs ou majeurs dès la sortie du service. Par ailleurs il faut soulever (pour des raisons de sécurité) la question de la présence d'agents de force de l'ordre pour des cas présentant une telle gravité vu que le personnel soignant n'a certainement pas de rôle à jouer dans le maintien de l'ordre public. À noter que dans le cas cité plus haut nous avons demandé l'avis de notre comité d'éthique.

La Médiateure comprend les motivations à la base de la décision de priver ce patient de sorties à l'air libre, mais les juge néanmoins inacceptables. Priver un patient pendant une période aussi prolongée d'un accès à l'air libre constitue en effet une violation des droits de l'homme.

La Médiateure invite dès lors les responsables du CHdN à réfléchir sur une solution permettant d'éviter pareilles situations dans le futur.

Page 54, Alinéa 2 :

Nous tenons à préciser que l'évaluation des risques fait partie intégrante de la prise en charge en psychiatrie intensive et qu'elle se fait journalièrement par l'équipe pluridisciplinaire.

La Médiateure a évoqué à suffisance l'importance qui est accordée par les responsables du CHdN à l'approche pluridisciplinaire et l'apprécie à sa juste valeur.

Son observation ne visait pas à faire état d'un manquement, mais s'entend comme descriptif d'une étape dans le cadre de la sortie à accorder aux patients potentiellement dangereux.

Page 54, Alinéa 3 :

Partiellement incompréhensible et / ou incomplet. Par ailleurs voir prise de position commentaire 89.

La Médiateure reformule ce paragraphe qui dès lors devrait se lire comme suit :

La Médiateure recommande de prévoir une plage horaire d'au moins 30 minutes par jour dans le programme d'activités qui serait consacrée à l'accompagnement renforcé des patients représentant un risque de fuite. Ce droit devrait être garanti à chaque patient interné à tout moment où l'état de sa pathologie permet de conclure qu'il ne représente pas de danger pour soi-même ou pour autrui.

Page 54, Alinéa 4 :

Nous aimerions vous préciser que les activités infirmiers à l'unité ne consistent non seulement en une activité de loisirs mais qu'elle constitue un élément thérapeutique essentiel. L'activité thérapeutique ne se limite nullement à regarder la télévision ou à participer à des jeux. Nous aimerions répéter que sauf exception tous les patients ont le droit d'assister aux ateliers d'ergothérapie même en dehors du service US 41 vu qu'il existe la possibilité d'un accompagnement en dehors du service par une personne soignante.

La Médiateure tient à relever que cette observation n'est pas conforme aux constats que l'équipe de contrôle a pu recueillir des patients rencontrés.

En effet, un certain nombre de ces patients se sont plaints de la relative monotonie de leur vie quotidienne du fait qu'ils étaient interdits de participer à des activités ayant lieu en dehors de l'unité fermée.

Il est clair que ceci ne concerne que les patients qui ne disposent, pour des raisons médicales ou de sécurité, pas d'autorisation de sortir de l'unité, même en étant accompagnés.

La Médiateure n'a jamais mis en doute l'offre thérapeutique existante, qui est généralement excellente. Elle voudrait, comme le laisse présager l'observation formulée par les responsables du CHdN, mettre le doigt, en employant les termes du CHdN, sur la situation exceptionnelle de certains patients.

Page 54, Alinéa 5 :

À notre avis l'activité thérapeutique est adaptée à tout moment à l'état de santé du patient sous mise en observation de sorte qu'on ne peut nullement qualifier cette offre de « largement insuffisante ». (Un membre du personnel soignant se consacre exclusivement à l'activité thérapeutique et ceci tant pour la pause du matin que pour la pause du midi).

Une présence journalière du service d'ergothérapie est garantie à l'unité de psychiatrie intensive.

La Médiateure tient à renvoyer aux observations formulées au titre de l'alinéa 4. Elle ne met absolument pas en cause l'offre thérapeutique dans son ensemble, mais seulement celle à la disposition de certains patients à besoins très spécifiques, interdits de sortir de l'unité.

Page 55, no 93 :

Nous vous remercions de vos suggestions et nous tenons à vous préciser que des améliorations notables pour l'aménagement de la salle de loisirs sont prévues pour 2013.

La Médiateure s'en félicite et demande à être tenue informée des travaux réalisés.

Alinéa 2 :

Nous ne pouvons que soutenir votre façon de voir l'organisation du service et nous tenons à vous signaler que notre plan global de prise en charge prévoit exactement cette façon de faire. Le rôle de chaque acteur de l'équipe pluridisciplinaire y compris l'ergothérapeute est défini dans notre plan de cheminement clinique.

La Médiateure s'en félicite.

Page 59, points 103/104 :

Nous avons réalisé dès à présent votre proposition sur base du modèle du CHL et dorénavant tout patient aura, dès son admission une fiche d'information concernant ses droits et les droits de recours existants.

La Médiateure s'en réjouit.

Page 59 dernier alinéa :

Notre procédure prévoit d'éviter les fixations à un point.

La Médiateure sait que les dispositions internes prévoient que les fixations à un point devront être évitées autant que possible.

Elle tient cependant à souligner le danger inhérent à cette procédure et recommande avec insistance de ne pas y recourir dans toute la mesure du possible.

Page 60, point 107:

La Médiateure a reçu les explications souhaitées qu'elle n'entend pas publier. Elle tient à insister que le recours à des fixations fréquentes n'est tolérable que dans des cas très exceptionnels, sous réserve d'une nécessité médicale bien documentée.

Page 60 avant dernier alinéa 108 :

Suite à vos remarques l'équipe soignante a rediscuté ce problème et on va tous mettre en œuvre pour éviter ces situations pénibles.

La Médiateure salue les démarches entreprises.

Page 61 alinéa 5 :

Le système aérosout se limite évidemment à la localisation d'un patient à l'intérieur du bâtiment et ne sert donc pas à surveiller un patient dès qu'il a quitté l'établissement

La Médiateure connaît les limites techniques du système, néanmoins, son utilisation pour les patients de l'unité de psychiatrie fermée pourrait s'avérer intéressante à l'intérieur du bâtiment. Dans l'hypothèse de la construction d'une enceinte sécurisée extérieure à l'attention des patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie, il serait également d'un avantage évident.

Conclusion générale page 90 :

Nous tenons à vous informer que les dotations en personnel pour l'unité de soins à la psychiatrie intensive n'est pas le résultat d'un recensement PRN mais d'une dotation de sécurité négociée en 2005 avec la CNS lors de l'ouverture des services de psychiatrie intensive. Nous rappelons que cette dotation de 17,45 EQTP est nettement supérieure à celle définie par le PRN.

Cette observation n'appelle pas de remarque de la part de la Médiateure.

6. Prise de position du CHNP :

Les remarques purement matérielles ont été intégrées dans le rapport.

Ad page 72 (123) :

Cette remarque est tout à fait correcte et cible un de nos points faibles. Je me permets de vous envoyer notre projet médico-soins que nous avons commencé à mettre en œuvre. Le plan thérapeutique individualisé, centré sur les besoins spécifiques de chaque patient en sera un élément-clé (« Teamvisite »).

La Médiateure suppose qu'il y a une erreur matérielle dans l'indication du paragraphe et qu'il faut lire 124 au lieu de 123.

Elle ne saurait que féliciter les responsables du CHNP pour l'initiative prise en vue de remédier au problème soulevé.

Ad page 76 (130) :

nous avons bien saisi ce point et nous allons entamer un travail de réflexion afin d'améliorer nos procédures de fixation tout en considérant vos remarques.

La Médiateure s'en réjouit.

Ad page 79 (133 et 136) :

Nous allons adopter les mesures d'information sur les droits des patients pour les unités BU4 et OR2, sur base des procédures en vigueur au BU3

La Médiateure apprécie la procédure envisagée.

Ad page 79 (134) :

Le droit de sortie ne doit jamais être utilisé comme sanction ou une punition. Toutefois, l'adaptation aux règles de l'unité de soins et le comportement dans le groupe nous renseigne sur l'évolution de la pathologie et de l'adaptation sociale. Ces informations, entre autres, sont utilisées pour autoriser des sorties à l'essai. Ces décisions sont prises en équipes pluridisciplinaires afin de garantir la professionnalité nécessaire devant ce sujet délicat.

La Médiateure comprend bien qu'une autorisation de sortie est fonction de l'adaptation du patient aux règles de l'unité et de son comportement et se réjouit que les responsables du CHNP partagent son avis que les sorties ne sauraient être supprimées que pour des raisons d'ordre médical.

Ad page 83 (139) :

La mise en œuvre de notre projet médico-soins nous permettra d'offrir les thérapies correspondant à chaque diagnostic, dont l'ergothérapie.

La Médiateure souhaite être tenue informée de la mise en œuvre de ce projet, de son contenu, de sa portée et de ses objectifs.

Ad page 84 (142) :

Il est évident que pour le CA et la direction du CHNP, ainsi que pour tous nos collaborateurs, un but stratégique est de créer des structures adaptées aux besoins de nos patients. Nous défendons notre plan stratégique qui commence à prendre forme auprès des autorités compétentes. Nous partageons à 100 % votre réflexion.

La Médiateure s'en félicite, mais souhaite être informée plus en détail du contenu du plan stratégique évoqué.

Ad page 87 (144) :

Une institution « long séjour » fait également partie de ce plan stratégique. Sans ces unités, une conversion du CHNP en une institution de réhabilitation psychiatrique moderne n'est pas possible. Nous partageons à 100 % votre réflexion.

La Médiateure réitère sa position exprimée pour le point précédent.

Ad page 89 :

La non-domiciliation est une question de principe pour nous. Jusqu'ici nous avons toujours trouvé une solution pour nos patients. Aucun patient n'a, à ce jour, dû subir des effets négatifs de cette procédure.

La Médiateure ne peut se satisfaire de cette position. Elle tient à souligner qu'il s'agit d'un problème d'une portée qui dépasse celle des placements psychiatriques médicaux et judiciaires et partant le CHNP en tant qu'il concerne dans un premier chef également les établissements pénitentiaires. La Médiateure fait dès lors appel aux autorités compétentes d'adapter la législation en la matière en tenant compte des intérêts légitimes des personnes concernées.

Ad page 109 (152bis) :

Les travaux sur la cour protégée pour les patients du BU6 viennent de se terminer. Les patients ont maintenant accès à la cour et à la salle de sports. Nous vous prions donc de considérer ce point comme résolu.

La Médiateure est informée des progrès notables réalisés dans ce domaine et elle tient à féliciter le CHNP de son engagement exemplaire pour la défense des droits de l'homme. L'initiative est remarquable surtout du fait que le CHNP a engagé des efforts considérables pour satisfaire aux besoins légitimes d'un nombre de patients extrêmement limité. Elle souhaite être tenue informée de l'époque à laquelle les nouvelles infrastructures deviennent accessibles aux patients en cause.

Ad page 109 (153) :

Nous soutenons à 100% cette réflexion, par contre le bloc P2 ne peut en aucun cas être transformé en hôpital psychiatrique. Sa structure architecturale est répressive et cloisonnante et ne s'apprête pas à une prise en charge psychiatrique. Elle ne permet pas une prise en charge centrée sur une dynamique relationnelle. En outre, pour faire fonctionner un tel service, il nous faudrait une dotation en personnel adéquate et une séparation complète de l'administration pénitentiaire.

La Médiateure s'en réjouit. Elle renvoie à ses multiples observations et recommandations faites dans cette matière complexe.

Ad page 110 (154) :

Une administration de médicaments contre la volonté du patient ne peut se faire que dans un milieu où une surveillance étroite du malade est possible. Les risques d'une sur-

médication sont trop grands. Sans une structure hospitalière avec possibilité de surveillance de 24/24 heures, une telle pratique engendre de très grands risques pour le patient. Notre attitude thérapeutique ne nous permet pas de simplement donner une injection à ce prisonnier en crise pour le calmer et le renvoyer dans sa cellule, seul face à sa souffrance et son mal-être.

Il n'appartient pas à la Médiateure de mettre en cause les arguments médico-scientifiques avancés. Si un traitement médical involontaire en milieu pénitentiaire ne devait pas être possible en raison des arguments médicaux développés, la Médiateure souligne que la mise en place de l'Unité psychiatrique spéciale n'en devient que plus urgente.

En qui concerne l'outil PRN, nous souhaitons apporter une précision concernant l'utilisation de cet outil dans les services fermés. Il est vrai que les services fermés sont au même titre audités comme les autres services d'hospitalisation. Cependant, et indépendant du résultat de la charge de travail ainsi mesurée, la dotation financée comporte toujours au moins 17.5 ETP, ce qui revient à une présence de 3 soignants sur 24 heures.

La Médiateure n'a pas de commentaires particuliers à apporter à cette précision.

7. Prise de position du Procureur Général d'Etat :

Le rapport provisoire concernant la mission de contrôle relative aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux que vous m'avez fait parvenir début novembre a retenu toute mon attention. Ceci fut d'autant plus facile qu'il contient maintes observations et réflexions intéressantes.

Le rapport ne donne pas lieu à une observation de ma part.

Cet avis n'appelle aucun commentaire de la Médiateure.

8. Prise de position de la CCDH sur le rapport de la Médiateure relatif aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux

La Médiateure a communiqué le rapport concernant sa mission de contrôle relative aux hospitalisations sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux à la CCDH.

L'article 7 de la loi du 11 avril 2010 (1) portant approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies à New York, le 18 décembre 2002 et (2) (...)a désigné la Médiateure comme mécanisme national de prévention et ses attributions ont été fixées. L'article 7 de la même loi prévoit que la Médiateure, notamment, publie un rapport annuel, qui sera communiqué « *aux autorités compétentes qui peuvent valoir leurs observations par écrit* ».

Les services de psychiatrie dits « fermés » font à l'évidence partie des « lieux où se trouvent des personnes privées de liberté » visés à l'article 3 de cette loi, et sont dès lors soumis au mécanisme national de prévention.

Ci-dessous la CCDH se prononce sur le rapport de la Médiateure et formule ses remarques. Pour ce faire, la CCDH se base, entre autres, sur ses avis précédents en la matière.

La CCDH avait publié le 8 février 2006 un avis intitulé « *La protection des droits fondamentaux de la personne hospitalisée ou placée en institution psychiatrique* », dénonçant les lacunes existantes à ce moment en matière de protection des droits fondamentaux des patients : ces lacunes étaient d'ordre structurel, juridique et se manifestaient aussi au niveau des pratiques cliniques.

Dans son avis du 16 mars 2009 sur le projet de loi 5856 relatif à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et modifiant la loi modifiée du 31 mai 1999 sur la Police et l'Inspection générale de la Police, la CCDH rappelait que la personne hospitalisée sans son consentement devait conserver la plénitude de ses droits fondamentaux au regard de la Constitution, mais aussi au regard des normes juridiques internationales et européennes de protection des droits de l'Homme, notamment celles contenues dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme, dans la Convention européenne des droits de l'Homme et dans la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Aussi, la CCDH considère que les normes édictées par le Comité pour la prévention de la torture (CPT, organe du Conseil de l'Europe) doivent servir de « minima » à mettre en place et à respecter, quand il est question de placement non volontaire en établissement psychiatrique. Elles concernent, notamment :

- La prévention des mauvais traitements
- Les conditions de séjour et de traitement des patients
- La façon et les méthodes qui sont utilisées pour exercer la contrainte et la contention : cela vaut aussi bien les techniques utilisées, les procédures qui doivent être respectées, que dans les cas de recours,
- Le personnel des établissements : formation, moyens, comportement
- Les garanties en cas de placement : légales, médicales.

Les notions de « troubles psychiques graves » et « personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui »

La loi définit deux critères pour pouvoir procéder à une admission ou un placement sans consentement : existence de troubles psychiques graves et danger pour soi-même ou pour autrui. Dans son avis de 2009, la CCDH insistait sur le fait que l'interprétation de ces critères demeurait restrictive, peu claire. La notion de « danger » trop vague, dépendait de l'interprétation du personnel soignant et il était proposé d'utiliser le terme de danger « aigu ». Car, le seul fait qu'une personne soit atteinte d'une maladie psychique grave n'est pas suffisant pour autoriser la contrainte. Cela vaut d'ailleurs pour toutes les maladies qu'elles soient psychiques ou physiques et même lorsque le refus de prise en charge constitue, selon l'avis des médecins, un danger grave pour la santé du patient.

La CCDH proposait d'intégrer comme troisième critère le refus de traitement. Encore faut-il comprendre quels sont les motifs qui amènent une personne à refuser une prise en charge. Une personne peut refuser un traitement bien déterminé, mais peut (dans un climat d'empathie et de confiance), par la voie du respect de son opinion et par la proposition d'alternatives, accepter un traitement alternatif, p.ex. un suivi en ambulatoire.

Dans ce sens, la CCDH ne suit pas les propos de la Médiateure à la page 9 du rapport suggérant qu'un encadrement en milieu hospitalier puisse être le plus adapté. Il faut voir cela au cas par cas. La CCDH soutient la proposition sur le renforcement de « centres d'intervention de crise » et « antennes mobiles ». Le spectre de la souffrance psychique étant vaste et chaque personne souffrante adoptant une attitude bien spécifique quant à l'acceptation et le vécu de sa maladie, la mise en place de divers instruments d'accueil est à poursuivre.

La Médiateure ne comprend pas l'objection formulée par la CCDH alors qu'il semble que tant l'avis de la CCDH que celui de la Médiateure en matière d'élargissement des critères permettant de procéder à une admission ou à un placement sont convergents.

Ainsi, la CCDH mentionne expressément qu'elle proposait le refus de traitement comme critère d'admission ou de placement.

La Médiateure souligne qu'il ne lui importe pas d'augmenter le nombre de personnes admises ou placées, mais souhaite que les personnes nécessitant un traitement puissent y accéder.

Il ne fait par ailleurs aucun doute, et la Médiateure ne l'a jamais contesté que le placement ou l'admission ne constituent pas les seuls piliers de traitement. Bien au contraire, si l'état de santé du patient le permet, des traitements alternatifs, extrahospitaliers sont à privilégier dans la mesure du possible.

Les mineurs

Eu égard aux normes CPT qui les concernent et plus généralement à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et à l'ensemble des règles minima concernant l'administration de la justice des mineurs (Règles de Beijing, 1985), les Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté et les Principes directeurs des Nations Unies pour la prévention de la délinquance juvénile (Principes de Riyad, 1990), la CCDH réaffirme que la pratique répandue du placement de mineurs en milieu psychiatrique fermé doit être absolument abandonnée, sauf dans des cas tout à fait exceptionnel de crise aigue, soumis à des normes très sévères : tout doit être fait pour rechercher des solutions d'encadrement adapté à la situation des jeunes et éviter des solutions de facilité comme l'enfermement et la privation de liberté .

La Médiateure n'entend pas faire de commentaires sur les observations fournies alors que son rapport concerne exclusivement les patients adultes. En ce qui concerne une éventuelle mesure d'admission ou de placement d'un mineur sur base de la loi du 10 décembre 2009 relative aux personnes souffrant de troubles mentaux, la Médiateure renvoie au rapport de son prédécesseur relatif aux unités psychiatriques infanto-juvéniles fermées du 22 juillet 2011, chapitre 3, page 14 et ss.

Structures spécialisées

La CCDH note qu'il y a un manque important de structures spécialisées. Ainsi par exemple le Luxembourg ne dispose pas, malgré un intérêt marqué par des professionnels formés et spécialisés du réseau hospitalier et extrahospitalier, de possibilité d'hospitalisation mère-bébé (volontaires ou sous contrainte) pour des femmes qui sont en décompensation psychiatrique après une naissance. Le placement des bébés est dès lors la conséquence, vu la non-possibilité de traitement à Luxembourg et le refus fréquent des juges de la Jeunesse d'un traitement de la mère et de son bébé à l'étranger dans des structures adaptées par crainte de fuite de la mère avec son enfant pour se soustraire au jugement.

La CCDH constate qu'un nombre important de mineurs placés par les Juges de la Jeunesse en foyer d'accueil sont hospitalisés à la demande des foyers débordés en psychiatrie résidentielle, faute de structures d'accueil spécialisées pour des jeunes en souffrance psychologique, mais qui ne présentent pas de trouble psychiatrique aigu ou avéré nécessitant une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. La CCDH recommande la création et le développement de structures d'accueil spécialisées pour des enfants et adolescents placés en souffrance psychique.

La Médiateure confirme qu'elle partage intégralement l'avis de la CCDH en ce qui concerne le manque de structures adaptées sur le territoire national.

Les détenus atteints d'une maladie mentale

La loi du 27 juillet 1997 portant organisation de l'administration pénitentiaire prévoit dans son article 9 qu'il est créé auprès du Centre pénitentiaire de Luxembourg une section médicale spéciale, destinée à accueillir les détenus toxicomanes et les détenus atteints d'une maladie mentale. Cette structure peut également accueillir des personnes faisant l'objet d'un placement conformément à la loi.

La CCDH s'oppose à l'idée d'une unité psychiatrique située à l'enceinte même du centre pénitentiaire de Schrassig. D'abord, il faut garantir une séparation stricte entre enfermement psychiatrique et incarcération – l'internement en unité psychiatrique ne peut constituer une peine. En outre les effets de la proximité des deux institutions, situées sur un même site, sont problématiques du point de vue de l'efficacité de la prise en charge des patients.

La CCDH émettra dans un avenir proche son avis sur la réforme pénitentiaire, qui prévoit également une réforme de la section médicale spéciale. Sans préjuger dans le présent avis des conclusions qui y seront tirées, la CCDH signale d'ores et déjà que ce point fera l'objet d'une attention toute particulière eu égard à l'incidence sur ces droits fondamentaux du placement d'une personne dans une telle section.

En attendant cet avis, la CCDH ne peut que soutenir la volonté déclarée de la Médiateure dans son rapport (page. 110) lorsqu'elle écrit qu': « *A défaut d'une solution satisfaisante dans un avenir proche, elle n'hésitera pas recourir aux moyens qui lui sont réservés par le législateur national et par le Protocole facultatif* »

La Médiateure peut comprendre les réticences de la CCDH en la matière. Son expérience sur le terrain a cependant clairement démontré qu'il y a lieu de trouver de toute urgence une solution à ce problème très grave mettant directement en

cause les droits de l'homme de certaines catégories de patients atteints d'une pathologie psychiatrique.

Son prédécesseur et elle-même ont amplement fait état de la situation dans différents rapports de visite ainsi que dans l'avis relatif à la réforme pénitentiaire.

Le souci majeur de la Médiateure est de trouver une solution praticable et financièrement réalisable dans un futur aussi proche que possible.

Tant la Médiateure que son prédécesseur ont mené de nombreux entretiens avec les différentes autorités compétentes, la Médiateure suit de très près tous les travaux menés en la matière.

Après une analyse approfondie de tous les facteurs, la Médiateure maintient formellement sa recommandation alors qu'elle constitue à son avis la seule solution qui permette de pallier dans un délai raisonnable à une situation qui, quant au fond est inacceptable.

La séparation stricte des compétences respectives des autorités sanitaires et des autorités pénitentiaires, qui ne saurait tolérer aucune modulation aux yeux de la Médiateure, lui paraît susceptible d'offrir à suffisance de droit les garanties requises au niveau du respect des droits de l'homme des patients psychiatriques et des détenus.

Il va sans dire que la Médiateure privilégierait également une construction à part, complètement dissociée des infrastructures du CPL, mais cette solution ne semble pas envisageable dans un avenir proche. Or, l'urgence manifeste ne saurait tolérer de retard dans la mise en œuvre des travaux qui s'imposent.

Procédures pour la prise de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires.

De manière générale, la CCDH est d'avis qu'une hospitalisation sans consentement ne donne pas automatiquement le droit au médecin d'initier un traitement sous contrainte. Deux droits fondamentaux différents sont en cause :

1. le droit à se déplacer librement,
2. le droit à l'intégrité psychophysique et l'interdiction de traitements inhumains ou dégradants.

Pour cette raison, une hospitalisation sans consentement n'entraîne pas l'autorisation de procéder à un traitement sous contrainte. En fait, la personne concernée est hospitalisée contre son gré non pas parce qu'elle présente des symptômes psychiques graves et qu'elle refuse de se faire traiter, mais sur base du fait que ces troubles la rendent dangereuse pour elle-même ou pour autrui (Art. 3 et Art. 7). C'est d'ailleurs cette dernière condition qui est également requise en cas de placement judiciaire (Art. 71, al. 2, code pénal).

La Médiateure ne peut suivre le raisonnement de la CCDH. Les articles 3 et 7 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation des personnes atteintes de troubles

mentaux ne font que définir les critères qui doivent être remplis pour justifier une mesure d'admission ou de placement. Ces dispositions ne portent aucun préjudice quant aux dispositions énoncées par les articles 43 et 44 de la même loi qui traitent des modalités particulières du traitement de la personne placée. Il ne fait médicalement aucun doute qu'il est dans certains cas bien définis dans l'intérêt manifeste d'un patient d'être soumis à un traitement médicamenteux, même contre son gré. La Médiateure tient à préciser que le consentement du patient doit toujours être recherché et que les traitements involontaires ne sont justifiables que dans des cas bien précis.

Malheureusement, ce consentement éclairé ne saurait être donné par tous les patients et ceci en raison de leur maladie qui les expose à des souffrances majeures.

Il serait éthiquement inadmissible d'un point de vue médical de tolérer la persistance de ces souffrances alors que des traitements susceptibles d'alléger ces souffrances existent. La Médiateure tient à souligner qu'elle se limite ici sur le seul cas des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique qui porte gravement atteinte à leurs facultés de décision. Il s'agit dans ce cas précis de pondérer deux droits acquis aux patients admis ou placés, à savoir celui du strict respect de leur intégrité physique, y inclus le droit de refuser un traitement et celui de leur droit au respect de leur dignité humaine et à la protection contre la torture. Il peut être, aux yeux de la Médiateure, constitutif d'un acte de torture et de traitement inhumain, de tolérer des souffrances manifestes et graves d'un patient en s'abstenant de lui administrer un traitement scientifiquement indiqué.

Par ailleurs, la Médiateure tient à répéter que les dispositions des articles 43 et 44 précités sont en parfaite conformité avec les normes internationales régissant la matière.

Le traitement involontaire se fait surtout sous forme de l'administration de médicaments psychotropes. Sans vouloir nier le fait que ces médicaments peuvent apporter un soulagement et une diminution de la souffrance dans de nombreux cas, et que, dans d'autres cas, ils sont indispensables pour désamorcer un risque de passage à l'acte, la CCDH doit néanmoins attirer l'attention de la Médiateure sur le fait que des effets secondaires graves, mettant en danger la santé physique et psychique du patient, sont documentés, surtout en cas d'administration prolongée. Il faut surtout savoir que la relation entre mort subite et psychotropes est loin d'être simplement fondée sur l'utilisation de tels médicaments. Y interviennent entre autres les faits suivants : bilan somatique non systématique pour ces malades ; facteurs de risque majorés parfois par un mode de vie ; pathologies cardiaques congénitales non détectées, ni détectables de façon systématique. En l'absence d'un consentement éclairé de la part du patient ou de son représentant légal (art. 43, loi de 2009) ceci renvoie à des questions non seulement d'ordre éthique, mais aussi de responsabilité pénale. Pour cette raison, la CCDH émet également des réserves par rapport aux traitements médicamenteux ambulatoires sous contrainte.

La Médiateure connaît les effets secondaires du traitement médicamenteux en psychiatrie. Elle ne s'est jamais prononcée en faveur d'une quelconque forme de ce traitement lourd et sous contrainte en milieu ambulatoire.

La CCDH propose d'améliorer le système de prise en charge de différents médicaments antipsychotiques. Une solution du problème peut être instaurée par la collaboration des services spécialisés et des personnes concernées avec les Offices sociaux dans le cadre du système du Tiers payant devenant effectif dès 2013.

La Médiateure s'en félicite.

Absence de consensus :

Autre proposition :

Il faut noter que le fait de proposer la gratuité de tels médicaments, surtout chers en ce qui concerne la participation personnelle, rendrait un service aux malades consentants, sous condition d'une surveillance médicale somatique et cardiaque stricte.

La Médiateure se réjouirait si pareil accord pouvait être trouvé.

L'administration forcée de médicaments peut constituer un traitement dégradant dans le sens où il se peut que la violence physique (ou des pressions psychologiques) soit utilisée et que l'effet de ces substances peut être vécu par la personne concernée de manière aliénante, aussi bien du point de vue des effets physiologiques que du changement de la perception de soi et de l'entourage. L'administration de médicaments psychotropes doit être considérée comme une intervention invasive, car déployant une action jusqu'au centre même du fonctionnement psychique. Le traitement involontaire doit être limité à des situations précises qui présentent un danger aigu pour la santé de la personne concernée ou de son entourage et au cas où d'autres moyens d'intervention ont échoué.

La Médiateure a déjà mentionnée à suffisance qu'elle considère qu'un traitement involontaire doit se résumer à de rares cas, bien définis, la médication devant par ailleurs faire l'objet d'une documentation précise.

En conséquence, la CCDH proposait dans son avis du 16 mars 2009 de reformuler l'article 43 (1) de la loi de la manière suivante: « *Un patient ne peut faire l'objet d'un traitement involontaire en rapport avec son trouble mental que si son état présente un risque de dommage grave et aigu pour sa santé ou pour autrui* ». Dans le sens du paragraphe (2) de l'article 43, la CCDH recommandait d'instituer des mécanismes dans les services psychiatriques qui développent une culture de négociation par rapport aux traitements afin de favoriser une adhésion de la personne concernée. Beaucoup d'études - dont l'étude internationale EUNOMIA5 - montrent que les traitements involontaires ont des résultats nettement inférieurs aux traitements volontaires, effectués avec la coopération du patient.

La Médiateure adhère à la culture de négociation proposée. Elle se pose néanmoins des questions quant à l'application de cette méthodologie en présence de patients gravement altérés dans leurs capacités de communication et de discernement, refusant tout accès et toute forme de communication. Or, généralement une médication involontaire ne devrait s'appliquer que dans ces cas. Dans tous les cas où un patient est médicalement capable de donner son consentement, un traitement involontaire ne devrait pas être envisagé.

Par ailleurs, la Médiateure rappelle le caractère d'urgence qui préside à l'administration forcée de certains médicaments.

Le paragraphe (3) de l'article 43 stipule que l'avis du patient doit être pris en considération. Dans ce contexte, la CCDH conseillait de prévoir dans la loi la possibilité d'un testament de vie (« Patientenverfügung »). Ce document-formulaire, rempli par le patient sain ou en rémission en vue d'une éventuelle hospitalisation en période de crise, définit les traitements qu'il est prêt à accepter en cas d'hospitalisation sans consentement.

La CCDH salue les avancées apportées par la loi de 2009.

La CCDH encourage de persévérer dans cette direction en

- Renforçant les droits des personnes : OBLIGATION au lieu de POSSIBILITE pour le juge de se déplacer auprès de la personne admise afin de prendre sa décision de maintien ou de levée de l'admission se la personne, après le 1^{er} rapport du médecin-psychiatre (= modification de la loi)

Absence de consensus :

Autre proposition :

Pour certains membres, créer une obligation de déplacement peut, certes, paraître utile prima facie, mais il ne faut pas perdre de vue qu'en pratique le juge se fiera essentiellement aux dires des médecins spécialistes. La loi (art. 11) lui impose une vérification des conditions de forme et de fond de l'admission, mais elle ne semble pas imposer la vérification du bien-fondé médical des constatations faites par le médecin visé à l'article 9 qui « décrit les symptômes du trouble mental et atteste la nécessité de l'admission. » Ces membres sont d'avis qu'une visite obligatoire n'apporte pas de plus-value.

La Médiateure constate que la formulation de sa recommandation (3) à la page 10 de son rapport et relative au déplacement du juge auprès du patient peut prêter à confusion.

La Médiateure recommande en effet d'accorder au juge saisi du dossier la faculté de se déplacer auprès du patient à tout moment de la procédure d'observation et non seulement à des fins de prise d'une décision de placement.

La Médiateure pense à l'opportunité de recommander une obligation de transport du juge auprès du patient. Après analyse elle est cependant arrivée aux mêmes conclusions que celles détaillées dans l'avis dissident.

- Obligeant de communiquer aux concernées et leurs proches/personnes de confiance les délais et formes de recours légaux contre les mesures de placement (= modification de la loi)

La Médiateure estime qu'il doit être obligatoire d'informer les patients des voies de recours existantes et des modalités qui s'y rattachent.

Elle considère que la transmission écrite d'une information complète sur les voies de recours devrait garantir à suffisance les droits des patients alors qu'il leur sera toujours loisible de continuer ces informations à la personne de leur choix.

Par ailleurs, la Médiateure donne à considérer que toute information sur la mise en observation ou le placement d'un patient tombe sous le secret médical ce qui demande que toute communication éventuelle soit soumise à l'accord préalable du patient concerné.

- Modifiant la composition de la commission spéciale, en incluant à côté des deux magistrats et des deux médecins un-e psychologue et un-e assistant-e social-e. Une cohérence avec l'article 38 qui prévoit une tutelle médico-psychosociale est ainsi établie
- Définissant des normes nationales concernant le « suivi régulier » (Art 44. paragraphe (3)) du patient en cas de mesure d'isolement ou de contention
- Consultant les proches de la personne concernée, surtout en vue de la future réinsertion sociale.

Conditions générales de traitement et d'encadrement des patients

Le rapport de la Médiateure souligne, à juste titre, les bonnes pratiques et les efforts réalisés par de nombreux professionnels sur le terrain pour permettre un encadrement à visage humain des personnes en souffrance psychique.

Pour garantir et améliorer l'encadrement et la prise en charge, une évaluation constante des besoins en termes de ressources humaines est nécessaire. Il faut surtout veiller à avoir de façon constante la dotation maximale pour un nombre de places fixes, qui en aucun cas ne peut être dépassé. Cela vaut aussi pour le fonctionnement interne des services existants que de leur interaction à un niveau national.

La CCDH soutient les propositions de la Médiateure concernant :

- L'urgence de présenter des deux règlements grand-ducaux prévus par la loi du 10 décembre 2009, plus précisément les Art. 5, alinéa 2 et Art. 9, alinéa 3 sur les normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation et le modèle de certificat médical qui est à joindre à la demande d'admission
- L'accès à l'air libre pour tous les patients
- Mettre en place (où il n'y en a pas) et diversifier les activités de loisirs et thérapeutiques sur base de programmes individuels
- La nécessité de développer (là où il n'existe pas) le travail en équipe pluridisciplinaire
- La limitation de la durée des fixations. Une durée dépassant une journée constitue aux yeux de la CCDH un mauvais traitement et n'a pas de justification thérapeutique. Elle met en péril grave la santé physique.

Absence de consensus :

Autre proposition :

Certains membres sont d'avis qu'il faudrait parler plutôt d'une limite de principe de un jour, mais que – en cas de circonstances particulières qui doivent obligatoirement figurer au registre des fixations – cette durée pourrait être prolongée de jour en jour. Il semblerait

toujours dangereux d'imposer des limites fixes qui ne correspondent pas toujours aux besoins concrets sur le terrain. Ces membres sont néanmoins tout à fait d'accord que soit précisé qu' « en aucun cas la fixation ne peut être utilisée en l'absence d'indications médicales » afin d'éviter qu'elle soit imposée à titre de sanction, ainsi que cela transparaît dans l'exemple figurant à la page 47, dernier alinéa, du rapport.

La Médiateure est évidemment d'avis que toute mesure de contention doit être cumulativement limitée tant dans le temps qu'au strict nécessaire. Elle en a d'ailleurs fait état à plusieurs reprises dans le rapport dont objet, notamment en adoptant la position du CPT à cet égard.

Cependant, son expérience pratique lui rend impossible de se déclarer d'accord avec une limite quelle qu'elle soit. Si en réalité, cette limite n'est atteinte que dans de très rares cas d'exception, force est quand même de constater que pendant la période couverte par ce rapport, il a été nécessaire de procéder à la contention d'un même patient à d'itératives reprises. Ces contentions se sont suivies à des intervalles très courts, de sorte qu'on peut raisonnablement parler d'une contention continue. Or, ces cas, extrêmement peu fréquents, ont été dictés par une nécessité thérapeutique qui ne saurait être mise en doute.

- La tenue d'un registre des fixations (description de l'épisode menant à une décision de fixation, décision du médecin, membres du personnel impliqués, lieu, durée, réactions du patient, méthodes alternatives possibles qui n'ont pas pu être mises en pratique faute de moyens).
- Le développement de « centres d'intervention de crise » et « d'antennes mobiles » devant adhérer aux normes nationales
- La nécessité de formation continue et supervision pour les professionnels du secteur
- L'application d'un coefficient de valorisation des résultats de l'application du PRN (Projet de Recherche en Nursing) supérieur à celui appliqué aux autres services.

Absence de consensus :

Commentaire :

Certains membres ont émis des doutes quand à l'idée que le PRN soit un outil valable pour une dotation optimale, vu qu'il demande des justifications et un temps très important de rédaction, sans que le personnel administratif pour faire ce travail soit attribué à ces structures.

La Médiateure partage ces doutes, mais des interventions auprès des autorités responsables permettent d'exclure toute volonté de se baser sur un autre référentiel.

La CCDH estime qu'il faut un engagement plus audacieux au niveau de :

- La limitation des fixations

La Médiateure renvoie aux commentaires déjà faits à ce sujet.

- Le traitement de mineurs en souffrance psychique grave

Cet aspect ne fait pas partie du rapport dont objet qui se limite aux seuls majeurs. La Médiatrice renvoie à son rapport relatif aux mineurs placés dans des institutions psychiatriques fermées.

- Le traitement de détenus en souffrance psychique grave

Cet aspect a été très amplement commenté par la Médiatrice ainsi que par son prédécesseur, voir à ce sujet également les rapports « L'entrée du détenu en milieu carcéral et la santé en milieu carcéral », « Les placés judiciaires et les placés médicaux sous mandat de dépôt » ainsi que l'avis de la Médiatrice sur les projets de loi 6381 et 6382.

- La mise en place de structures permettant l'accueil et le suivi de patients n'ayant pas « leur place thérapeutique » dans la psychiatrie (ex. déments, certains handicaps) afin de permettre l'écoulement visé par la réforme de la psychiatrie

Il s'agit ici d'un problème crucial dont l'évolution sera suivie de très près.

- L'intégration de critères de Droits de l'homme dans la conception architecturale externe/interne (Luft + Licht + Bewegung + Material + Farben)

La Médiatrice en tiendra compte en temps opportun. Pour l'instant aucun projet de construction ne se trouve en phase de formulation. Il en est de même en ce qui concerne les deux règlements grand-ducaux en souffrance.

- Un encadrement médical somatique digne de ce nom pour les malades en hospitalisation sans consentement, sachant que la psychiatrie ne peut assumer la prise en charge, la détection, voire le traitement de comorbidités, souvent encore méconnues auprès de cette population à risque.

La Médiatrice tient à rappeler que tous les médecins-spécialistes en psychiatrie ont accompli une formation de médecin-généraliste. Pour le surplus, une présence médicale somatique régulière est assurée sur le site du CHNP.

En ce qui concerne les autres sites, une présence médicale somatique est assurée 24h/24 alors qu'il s'agit d'hôpitaux régionaux.